

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)東伊豆町長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日														
住 所	〒																	
	連絡先 ()																	
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒																	
	連絡先 ()																	
入所(院)年月日 (※)	平・令	年	月	日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合は、記入不要です。													

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。															
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏 名																	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号												
	住 所	〒																
		連絡先 ()																
本年1月1日現在の住所(現在の住所と異なる場合)	〒																	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	
収入及び預貯金等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円(夫婦は 1650 万円)以下です。 ※2 65 歳未満の場合、1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。以下同じ。																
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下です。(受給している年金に○して下さい) 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円(夫婦は 1550 万円)以下です。※2																
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。(受給している年金に○して下さい) 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円(夫婦は 1500 万円)以下です。※2																
預貯金等の金額	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※	円											
※内容を記入して下さい																		

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先) ()
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

東伊豆町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名